

Aktionsbündnis Patientensicherheit und Institut für Patientensicherheit

8. Forum Patientensicherheit & Risikomanagement

02. September 2011 in Hannover



Die Vision

**Praxis-
taugliche
Lösungen**

**Risiko-
management**

**Patienten-
orientierung
und
-beteiligung**

**Erfahrung-
austausch
in (inter)
nationalen
Netzwerken**

**Versorgungs-
forschung**

**Kontinuierliche,
nachhaltige
und
nachweisbare
Förderung**

Die Vision



„In gemeinsam getragener, gleichwohl individueller Verantwortung werden disziplinen- und berufsgruppen-übergreifend praxistaugliche Lösungen zur Reduzierung von Risiken, zur Prävention vermeidbarer Behandlungsschäden und zur Minimierung ihrer Folgen entwickelt“

AG Fremdkörper im OP Gebiet

Teilnehmer: Chirurgen, OP-Pflege, Qualitätsmanager, Haftpflichtversicherer, Patientenvertreter

- Analyse von Schadensfällen eines Haftpflichtversicherers
- Sammlung von Fallberichten von Patienten
- Bundesweite Befragung von chirurgischen Abteilungen
- Anhörung von Fachgesellschaften und Pflegeverbänden

Verbreitung: Chirurgische Fachgesellschaften, Deutscher Pflegerat, Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, BAG Weiterbildung im OP, KTQ u.a.

AG Fremdkörper im OP-Gebiet

Schriftliche Befragung von 540 leitenden ÄrztInnen in chirurgischen Fachabteilungen

„Waren Sie schon einmal an einer Operation beteiligt, bei der ein unbeabsichtigter Fremdkörper

... noch verhindert wurde“ **ja: 70%**

... entfernt wurde“ **ja: 69%**

Gesamtzahl der in den vergangenen 10 Jahren durchgeführten Revisionseingriffe: **n = 537**
(bis zu 5 pro chirurgischer Abteilung)

C Lessing, A Zielke, P Ebbeke, H Siebert , C Lackner, D Stengel

Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, www.ifpsbonn.de

AG Fremdkörper im OP-Gebiet

Schriftliche Befragung von 540 leitenden ÄrztInnen in chirurgischen Fachabteilungen

Durchführung von Zählkontrollen

... zu Beginn der OP:	92%
... vor Höhlenverschluss:	93%
... nach Hautverschluss:	56%

Dokumentation von Zählkontrollen

... auf Papier und in EDV:	22%
... nur in EDV:	58%
... nur auf Papier:	14%
... gar nicht:	6%

C Lessing, A Zielke, P Ebbeke, H Siebert, C Lackner D Stengel

Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, www.ifpsbonn.de

AG Fremdkörper im OP-Gebiet

Schriftliche Befragung von 540 leitenden ÄrztInnen in chirurgischen Fachabteilungen

Pflege

sagt das Ergebnis an: **98%**

Operateur

bestätigt das Ergebnis: **83%**

dokumentiert das Ergebnis im OP-Bericht: **27%**

C Lessing, A Zielke, P Ebbeke, H Siebert , C Lachkner, D Stengel

Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, www.ifpsbonn.de

AG Fremdkörper im OP-Gebiet



ID/SD zählen nach dem Vier-Augen-Prinzip

Sie dokumentieren die Ergebnisse

Bei Team-Time-Out erfragt der Operateur das Ergebnis

ID/SD zählen alle zusätzlich angereicherten Materialien nach dem Vier-Augen-Prinzip

ID überprüft alle zurückgegebenen Materialien

Jedes Teammitglied muss Zweifel laut und deutlich aussprechen.

SD dokumentiert die Ergebnisse

Operateur wird über das Ergebnis informiert

ID/SD prüfen Vollständigkeit bei Entsorgung

ID/SD dokumentieren Ergebnis und zeichnen ab

Besonderheiten werden dokumentiert

Operateur dokumentiert Ergebnis im OP-Bericht

Endgültige Entsorgung erst nach Zählkontrolle und Dokumentation

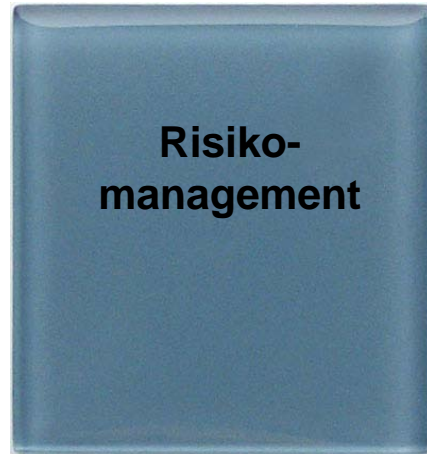
Weitere Empfehlungen

- Vermeidung von Eingriffsverwechslungen
- Sichere Patientenidentifikation
- Einführung von CIRS im Krankenhaus
- Checkliste zur Arzneimitteltherapiesicherheit
- Patienteninformation zur Thromboseprophylaxe

In Erarbeitung

- Sicherer Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln
- Tipps für einen sicheren Aufenthalt im Krankenhaus
- Sturzprophylaxe bei älteren Patienten
- Meldung von medizinproduktassoziierte Risiken

Die Vision



„Umfassendes, nachweisbares, interdisziplinäres und interprofessionelles Risikomanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens konzipiert und etabliert.“

Krankenhausbarometer 2008

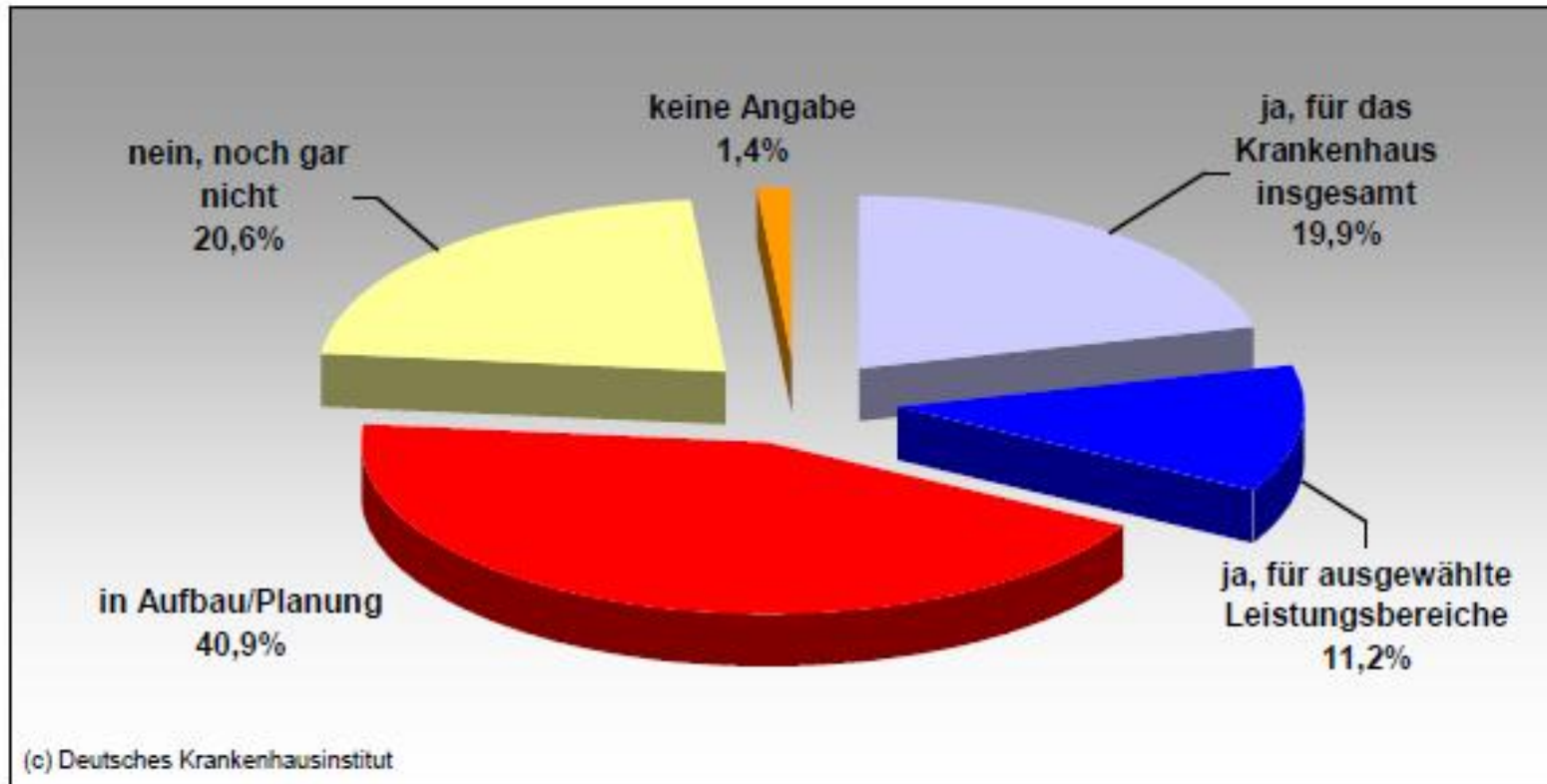


Abb. 39: Verbreitung des klinischen Risikomanagements

Krankenhausbefragung 2010

"Primum nil nocere"
Zuallererst: Keinen Schaden zufügen
Grundsatz ärztlicher Ethik nach Hippokrates, 4. Jahrhundert vor Christus

Befragung zum Einführungsstand
von klinischem Risiko-Management (kRM)
in deutschen Krankenhäusern

Durchführung:
Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn

universität**bonn**

In Zusammenarbeit mit

DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

ETH
Hogeschool Technische Universiteit Delft
Delft Institute of Technology Delft

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts
HOCHSCHULE
LUZERN

und Unterstützung von

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
BESELLSCHAFT

DEUTSCHE
PATIENTENSICHERHEIT

Deutscher Pflegerat e.V.
Pflegeverbände

Schriftliche Befragung 2010:
1820 Krankenhäuser > 50 Betten
Rücklaufquote: 27%

- Kostenfreier Ergebnisreport
- Vergleichende Darstellung der hauseigenen Ergebnisse im Verhältnis zur Gesamtgruppe der Antwortende
- Skalen zur Bewertung des eigenen Entwicklungsstatus

Krankenhausbefragung 2010

Strukturen des klinischen Risikomanagements (1)

verbindliche, schriftlich festgelegte Strategie

nein:	26 %
ja:	27 %
teilweise:	32 %
geplant:	16 %

Krankenhausbefragung 2010

Strukturen des klinischen Risikomanagements (2)

Mitarbeiter, die in zentraler Funktion das Risikomanagement koordinieren und steuern

nein:	24 %
ja, eine Person:	39 %
ja, mehrere Personen:	37 %

Krankenhausbefragung 2010

Strukturen des klinischen Risikomanagements (3)

Regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeiter zum klinischen Risikomanagement

nein:	25 %
ja:	42 %
geplant:	33 %

Krankenhausbefragung 2010

Risikoschwerpunkte

Wo vermuten Sie die zwei wichtigsten klinischen Risikoschwerpunkte in Ihrem Krankenhaus?

Schnittstellen:	47 %
Arzneimitteltherapie:	35 %
Nosokomiale Infektionen/Hygiene:	33 %

Die Vision



„Patientensicherheit bedingt durch die kontinuierliche Entwicklung einer Sicherheitskultur im Gesundheitswesen umfasst Patientenorientierung und -beteiligung“

Reden ist gold



Autoren:

- Sonja Barth, ÄK Berlin
- Olga Frank, Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Dieter Hart, IGMR
- Barbara Hoffmann, Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt
- Jörg Lauterberg, AOK Bundesverband
- Franz-Michael Petry, GRB
- Julia Rohe, ÄZQ
- Andrea Sanguino, ÄZQ
- Hartmut Siebert, DGU
- Christian Thomeczek, ÄZQ

Reden ist gold



Aus dem Inhalt:

Wie geht es dem Patienten?

Wie ist die Rechtslage?

Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

Kommunikation mit betroffenen Mitarbeitern

Kommunikation mit der Öffentlichkeit

Checkliste

Reden ist gold

Wie ist die Rechtslage?

1. Der Patient ist vor drohenden Schäden zu bewahren
(Pflicht zur Behandlung)
2. Der Patient muss über einen Zwischenfall mit Schaden informiert werden
(Pflicht zur Information, Aufklärung)
3. Der Patient sollte und darf über einen Zwischenfall auch dann informiert werden, wenn eine Folgebehandlung nicht erforderlich ist
4. Worüber darf und soll informiert werden?
(Was ist geschehen, wie konnte es geschehen, Bedauern und Mitgefühl)
5. Darf und soll ein Anerkenntnis ausgesprochen werden?
(erst nach Abstimmung mit dem Versicherer)

Reden ist gold

Kommunikation mit Patienten und Angehörigen

- Wer sollte das Gespräch führen?
(Leitungsebene, Einbeziehung der Pflegenden)
- Wann sollte das Gespräch stattfinden?
(möglichst innerhalb von 24 Stunden)
- Wie und wo sollte das Gespräch stattfinden?
(mit genügender Zeit, ggf. in Anwesenheit von Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen, Raum ohne Störungen)
- Was sollte besprochen werden?
(Bedauern von seiten der Mitarbeiter zu Ausdruck bringen
Bemühen um lückenlose Aufklärung zum Ausdruck bringen
Bemühen um Einbindung des Patienten zum Ausdruck bringen
- Können wir etwas für Sie tun?)

Reden ist gold

Kommunikation mit den betroffenen Mitarbeitern

- Sachliche und transparente Information der Beteiligten
- Team im adäquaten Umgang mit dem Zwischenfall stärken
- Systematische Aufarbeitung und Aufklärung unter Einbeziehung der Beteiligten
- Kommunikation der Ergebnisse und beschlossenen Maßnahmen an die Beteiligten

Reden ist gold

Kommunikation mit der Öffentlichkeit

- Festlegung von Grundregeln für die Krisenkommunikation
- Festlegung von Zuständigkeiten und Rollenverteilungen
- Nur Fakten kommunizieren
- An erster Stelle steht Mitgefühl mit Patienten und Angehörigen
- Öffentlichkeit über Prävention in der Zukunft informieren

Die Vision

Erfahrungsaus-
tausch
in (inter)-
nationalen
Netzwerken

„Die Verbesserung der Patientensicherheit beruht auf dem Grundsatz des kontinuierlichen Lernens. Der Erfahrungsaustausch im Rahmen nationaler und internationaler Netzwerke spielt dabei eine große Rolle.“

Krankenhaus CIRS-Netz Deutschland



- www.kh-cirs.de
- **Gemeinsames Projekt von:
APS, ÄZQ, DPR, DKG**
- **Sammlung von Fällen mit
überregionaler Bedeutung**
- **Kommentierte „Fälle des
Monats“**

Die Vision



„Strategien, Methoden und Lösungen der Patientensicherheit sind durch hochwertige Versorgungsforschung abgesichert. Verbesserung der Patientensicherheit im Alltag und Evaluation in der Forschung sind selbstverständlich miteinander verbunden“

Institut für Patientensicherheit



- 2009 gegründet
- getragen vom Aktionsbündnis Patientensicherheit
- bis 2013 voll drittmittelfinanziert (28 Förderer)
- Institut der Medizinischen Fakultät an der Universität Bonn

IfPS - Aktuelle Förderer 2009-2013



Katholische
Wohltätigkeitsanstalt
zur heiligen Elisabeth



RHÖN-KLINIKUM AG



IfPS - Mitarbeiter

Kommissarischer Direktor:

Prof. Dr. med. A. Hoeft

Stellvertretende Leitung:

Dr. phil. Constanze Lessing

Sekretariat:

Karin Diwo

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Dipl.-Dok. Magdalena Kolbe

Dr. med. Richard Lux MPH

Dipl.-Ges. oec. Christina Maas

Dipl.-Psych. Stefanie Passauer-Baierl

Christina Stockmann

IfPS - Versorgungsforschung

→ Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung

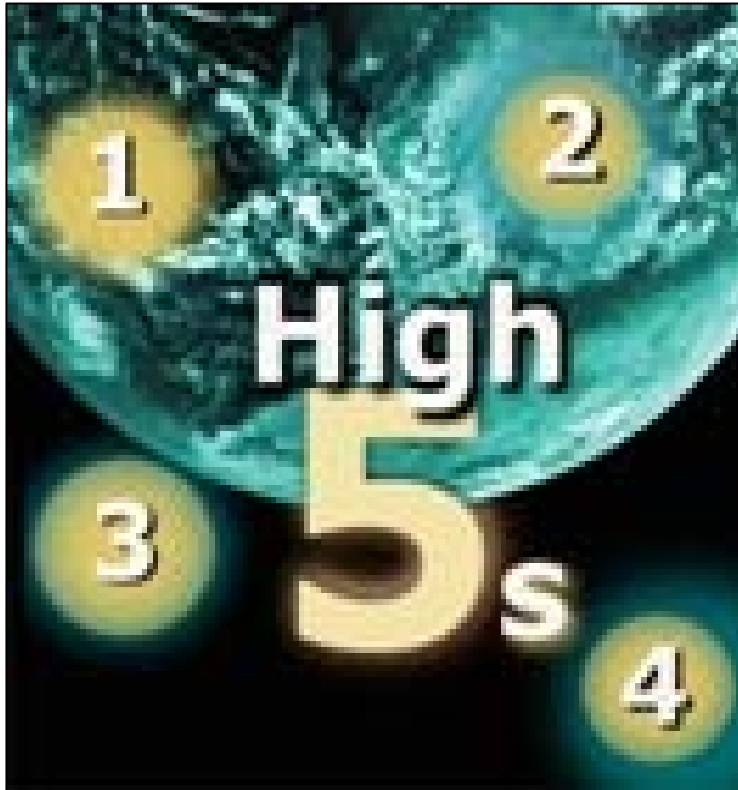
→ „Outcome Research seeks to understand the end results of particular health care practices and interventions“

(AHRQ 2000)

IfPS – Forschungsschwerpunkte

- Epidemiologie (vermeidbarer) unerwünschter Ereignisse
- Sicherheitskultur und Risikomanagement
- **Implementierung und Evaluation von Interventionen**
- Patientensicherheitsindikatoren

IfPS - High5s



Internationales Projekt WHO, JCI

9 Teilnehmerländer

LTA Deutschlang: APS/IfPS - ÄZQ

Deutschland: 17 Krankenhäuser

SOPs

Eingriffsverwechslung

Medication Reconciliation

Konzentrierte injizierbare Medikamente

Sicherheitskulturbefragungen

Zwischenfallanalysen

IfPS - High5s

Eingriffs-Checkliste
Seite 1 von 2

Logo: **KLINIKUM BONN**

Allgemeine Angaben (High 5s-relevant) | Monat / Jahr d. Eingriffs

Für High 5s-Auswertung geeignet | Geschlechtszugehörigkeit Pat. | MM | JJJJ

ja nein | weiblich männlich

Als nicht geeignet für die High 5s-Auswertung gilt z.B. ein Eingriff, der abgelehnt wurde, weil sich der Zustand des Patienten geändert hat oder weil der Operateur nicht verfügbar war.

Falls der Fall zutrifft für die High 5s-Auswertung geeignet ist, bitte hier den Grund angeben:

FA: CA CU UR FK NA NA HNO AUG NE GR sonst. | ST: 64 65 66 71 72 73 74 81 82 83 sonst.

1 OP-Planung

Wer? Operateur, aufklärender, voll informierter Arzt
wann? Aufklärungsgespräch, Markierung zeitnah vor Eingriff

Ungeplanter Notfallereignis

OP-Aufklärung/ Einverständniserklärung
Überprüft auf: Patientidentität, Eingriffsart, Eingriffsort

OP-Plan überprüft auf: Patientidentität, Eingriffsart, Eingriffsort, ggf. Implantate, Spezialinstrumente

Seitenmarkierung SOP-gemäß¹ durchgeführt
 nicht notwendig/möglich Patient verweigert

Markierung: Stoma Draht

Röntgenbilder vorhanden bzw. einsehbar

Venenzugang (wenn zutreffend)

2 Eingriffs-Vorbereitung

Wer? Pflegekraft
wann? vor jedem Eingriff

Unterlagen komplett (Aktie und Auftritte aktuell)

Eingriffs-Einwilligung vorhanden

Einwilligung Anästhesie vorhanden und überprüft auf: Patientidentität, Eingriffsart, Eingriffsort

Anästhesie Anordnungen umgesetzt (EKG, LFA, usw.)

Labor (ggf. Schwangerschaftstest), weitere Befunde: vorhanden und von Arzt freigegeben und überprüft auf: Patientidentität, Eingriffsart, Eingriffsort

Notwendige eingriffsspezifische Vorbereitungen erledigt (Rasur, MTS, OP Hemd, Haube, Dauerathmer, ...)

Patienteneigentum ist entfernt, Vorgehen nach VA „Eigentum des Patienten“ (Zahnprothese, Brille, Schmuck, ...)

EKG vorhanden (wenn angeordnet)

Blutgruppe (wenn angeordnet)

Blutkonserven bereitgestellt (Anzahl: _____)

Allergieprophylaxe nach Anordnung/Standard

Röntgenbilder vorhanden und mitgegeben

Identifikationsarmband vorhanden

Checklistenabschluss durch Pflegekraft (ggf. Rücksprache mit Stationsarzt oder Anästhesie)

Eingriff-Freigabe

Eingriff-Freigabe nur wenn:

- keine Abweichungen vorliegen
- bei Markierung (x) eines rot umrahmten Feldes die Abweichung aufgeklärt wurde

Eingriff abgesetzt aufgrund einer oder mehrerer Abweichungen

¹ Ausführl. besichtigen

Bereit/Dauerbestimmung | Entlastet | Geprüft | Freigegeben | Revisionsstand | Datum

Im OP-Checkliste | R. Hennes / A. Doyak / R. Grottel / G. Banninger | W. Gill | U. Müller-Uthman | 7. von 22.06.2010

² Ausführl. besichtigen

SOP Eingriffsverwechslung: Checkliste

Messungen zur Prozessqualität:

- Präoperative Verifikation
- Eingriffsmarkierung
- Team-Time-Out

Messungen zur Ergebnisqualität:

- Entdeckte Diskrepanzen

IfPS - High5s



Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, www.ifpsbonn.de

IfPS – High5s

Vierteljährliche Berichte für Projektkrankenhäuser:

- Vollständigkeit und Datenqualität
- Kennzahlen zur Prozess- und

Monatliche Indikatormessungen:

- Präoperative Verifikation vollständig
- Markierung des Eingriffsortes korrekt
- Team Time-Out vollständig
- Diskrepanzen im Team Time-Out
 - OP durchgeführt
- OP wegen Diskrepanzen abgesetzt

Bericht der Ergebnisse im geschlossenen Bereich der High5s-Homepage (Krankenhaus, Land, Ländervergleich)

Constanze Lessing, Institut für Patientensicherheit, www.ifpsbonn.de

Die Vision



***„Patientensicherheit wird in
Deutschland kontinuierlich, nachhaltig
und nachweisbar gefördert“***

Die politische Perspektive

2007 Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland

2008 Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)

2010 Rahmenprogramm Gesundheitsforschung

2010 Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland

2011 Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Patientenrechtegesetz

...

Wie geht es weiter?



- Wissen teilen
- Akteure vernetzen
- Health professionals unterstützen
- Ressourcen schaffen
- Öffentlichkeit sensibilisieren
- Politik gestalten

- Mit der Praxis kooperieren
- Wirksamkeit nachweisen
- Akzeptanz erforschen
- Machbarkeit prüfen
- Individuelle Lösungen entwickeln
- Expertise bereitstellen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. phil. Constanze Lessing
Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12
53111 Bonn
Tel: 02 28/ 73 83 66
constanze.lessing@ukb.uni-bonn.de

